

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juillet 1892, à 1 heure

PAR

Camille MOURLOT

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
et de la maison d'accouchements Baudelocque.

DES VARIATIONS DE POIDS

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

NOURRIS PAR LEURS MÈRES, PENDANT LES DIX PREMIERS JOURS

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE FARABEUF, professeur,} \\ \text{KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892

201

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juillet 1892, à 1 heure

PAR

Camille MOURLOT

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
et de la maison d'accouchements Baudelocque.

DES VARIATIONS DE POIDS

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

NOURRIS PAR LEURS MÈRES, PENDANT LES DIX PREMIERS JOURS

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE FARABEUF, professeur,} \\ \text{KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	G. POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUS
	{ G. SEE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTERRER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9. déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Vous offrir un témoignage public de mon amour et de ma
reconnaissance est en ce jour mon plus grand bonheur.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Lorsque, dans un service d'accouchements, on assiste à la visite du professeur dans les salles des nouvelles accouchées, il est un fait qui frappe l'esprit de tout observateur qui suit ces visites consciencieusement, c'est de voir le chef de service se contenter de jeter un simple regard, bien suffisant, il est vrai, pour un œil expérimenté, d'une part sur la feuille de température consacrée à la mère, et d'autre part sur la feuille où sont relevés les poids du nouveau-né. De cette façon, il est complètement renseigné d'un côté sur la santé de la mère et il voit immédiatement si une complication, quelle que soit sa nature, est venue troubler les suites de couches ou si celles-ci sont normales. D'un autre côté, par le tracé des poids du nouveau-né, il peut se rendre compte des variations de poids de l'enfant, voir si celui-ci augmente régulièrement, ou s'il diminue, son esprit est tenu en éveil, il en cherche les causes, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant, et cela lui permet d'instituer une thérapeutique en conséquence et de modifier un régime qui aurait pu devenir funeste au nouveau-né. Or, ce sont ces variations de poids que nous nous sommes surtout proposé d'étudier chez les nouveau-nés nourris par leurs mères, pendant les dix premiers jours.

Après avoir dit quelques mots sur l'historique de

cette question, indiqué les principales opinions des anciens auteurs, nous entrerons complètement dans notre sujet, et nous chercherons à déterminer quelles sont ces variations de poids, si elles sont les mêmes chez les filles et les garçons, chez les enfants de primipares et de multipares, chez ceux qui sont nés à terme et avant terme, chez les enfants de femmes albuminuriques.

Dans un autre chapitre, nous étudierons les variations de poids d'origine pathologique. Puis, nous tâcherons de déterminer quelles peuvent être les causes de ces modifications dans le poids des nouveau-nés ; et enfin, dans un dernier chapitre, nous établirons quelles sont les déductions que l'on peut tirer de la connaissance de ces données et nous montrerons toute l'importance des pesées.

Avant de commencer cette étude, nous avons le devoir et le droit d'adresser nos plus sincères remerciements à tous nos maîtres dans les hôpitaux, qui ont guidé nos premiers pas dans notre carrière médicale : chez tous, nous avons été profondément touché par leur accueil bienveillant, par les efforts constants qu'ils faisaient pour nous aplanir les difficultés, pour nous fournir le plus de connaissances possibles et pour nous rendre capable de parcourir notre nouvelle carrière avec dignité.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse et en accepter la présidence. Nous lui sommes en outre très reconnaissant pour l'enseignement qu'il nous a donné pendant que nous avions l'honneur d'être son externe ; c'est à lui, en effet, que nous devons tout ce que nous savons en obstétrique ; c'est lui qui,

dans des leçons cliniques pleines de clarté et justement appréciées de tout le monde, nous a fourni des données complètes, basées sur sa grande expérience.

Nous n'oublierons pas nos anciens maîtres, Messieurs les docteurs Rendu, Dieulafoy, Moizard, Le Fort, Lejars, Jules Simon ; nous tenons à leur exprimer ici toute notre gratitude pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Que M. le docteur Varnier, que MM. les répétiteurs Bauffe de Saint-Blaise, Wallich, Lepage, Potocki, M^{mes} les sages-femmes et nos amis de la clinique Baudelocque reçoivent tous nos hommages.

HISTORIQUE

« Le seul et unique moyen de s'assurer d'une manière certaine de la prospérité d'un nouveau-né est de le peser régulièrement tous les jours afin de voir s'il y a augmentation de son poids initial » (1). Aujourd'hui, on peut l'affirmer, l'utilité de ce système est universellement reconnue. Chaussier est, d'après Quételet, le premier auteur qui ait pesé les nouveau-nés et constaté qu'ils perdaient de leur poids initial pendant les quelques jours qui suivaient la naissance.

Quételet (2), d'après 119 observations, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dès la naissance, il existe une inégalité pour le poids entre les enfants des deux sexes.

Le poids moyen des garçons est de 3 kil. 250 gr. ; le poids moyen des filles est de 2 kil. 950 gr.

2° Le poids moyen de l'enfant diminue un peu jusque vers le deuxième jour après la naissance, et il ne commence à croître sensiblement qu'après la première semaine.

Nathalis Guillot, en 1852, faisait peser journellement les enfants de son service, avant et après chaque tétée, afin de déterminer la quantité de lait nécessaire à un en-

1. Odier, Thèse de Paris, 1868.

2. Quételet, *Essai sur l'homme et sur le développement de ses facultés*.

fant, et il terminait ainsi une de ses leçons : « Les observations que je possède me conduisent déjà affirmer que parmi les moyens d'appréciation de l'état de santé ou de maladie de l'enfant, de la valeur de la nourrice, de la quantité de lait fournie, des pertes ou de l'accroissement de l'individu, nul n'est aussi strictement exact que celui que je vous soumetts. »

Siebold, en 1860, publie un travail très remarquable « *sur les rapports entre le poids et la longueur des nouveau-nés.* » Dans ce travail, cet auteur arrive à trouver que la décroissance était suivie d'un temps d'arrêt pendant lequel le poids restait stationnaire; mais il faisait ses pesées tous les deux jours et certainement il a été induit en erreur. Relativement aux pesées, il s'exprimait ainsi : « La constatation de l'augmentation de poids serait très importante à reconnaître pour savoir si le lait maternel convient à l'enfant et s'il ne faudrait pas une nourrice. Dans ce cas, l'augmentation de poids de son propre enfant donnerait un renseignement qui serait décisif dans le choix qu'on aurait à faire. Le cas se présente assez souvent aux médecins qui dirigent les Maternités. Le pesage répété de l'enfant nourri artificiellement de lait animal est ce qui nous éclairerait le mieux sur la question de savoir si ce mode d'aliment convient ou ne convient pas à l'enfant; on pourrait ainsi prendre de suite le parti convenable, dès que la diminution de poids en montrerait la nécessité... Comme tout ralentissement de la nutrition se manifestera par une diminution de poids, le pesage doit donc être regardé comme un moyen de contrôle très certain et à ce titre prendre une grande place parmi les moyens de diagnostic. »

Deux ans plus tard, le docteur Winckel lit à la société de Gynécologie de Berlin un mémoire intitulé : « *Recherches sur le poids des nouveau-nés.* » Cet auteur a fait ses recherches sur cent enfants et contrairement à l'opinion de Sieböld, il trouve déjà dans les vingt-quatre heures un changement de poids.

En 1860, Breslau avait présenté à la société médico-chirurgicale de Zurich une revue où il publiait les changements de poids des nouveau-nés.

En 1862, Haaké de Leipzig, dans la *Revue mensuelle d'accouchements*, donne les résultats qu'il a obtenus en pesant tous les jours cent enfants pendant leur séjour à l'hôpital où ils sont nés : dans ce travail il ne s'occupe que de la perte de poids que subissent les enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance et donne les résultats de chaque pesée dans un tableau annexé au travail.

Bouchaud, en 1864, expose le développement des enfants pendant la première année de leur existence et détermine d'une façon précise, à l'aide de pesées régulières, la loi d'accroissement de l'enfant et la quantité de lait qui lui est nécessaire pendant la première année.

En 1866, un travail de MM. Blache et Odier, établit que la pesée régulière et préventive est le seul moyen d'obtenir une surveillance vraie des nourrices auxquelles on a confié des nourrissons. En effet, il arrive souvent que des enfants bien portants en apparence sont déjà gravement atteints. Il n'y a pour ainsi dire pas de symptôme externe et si la nourrice ou la garde dissimule les traces qui pourraient mettre sur la voie, l'enfant succombera

parce qu'on interviendra trop tard. M. le professeur Parrot, dans ses remarquables leçons sur l'athrepsie, a parfaitement démontré qu'à un moment donné l'assimilation n'était plus possible. L'enfant se jette encore avec avidité sur le biberon, mais pour le quitter bientôt et la petite quantité de lait absorbée ou bien est rejetée immédiatement ou traverse le tube digestif sans être digérée.

Gregory, Foisy, Kermarsky, Lauro de Franco, P. Segond, Budin, Tarnier et Chantreuil, ont étudié les modifications de poids que subit le nouveau-né ; ils ont insisté sur l'utilité de la balance et sur les services qu'elle rend, en permettant de constater l'augmentation ou la diminution de l'enfant suivant son état de santé ou de maladie, suivant que la mère est bien portante ou souffrante.

DU POIDS DES NOUVEAU-NÉS

Dans l'aperçu historique que nous venons de tracer, nous avons indiqué que le premier travail important qui ait été publié sur les poids des nouveau-nés revenait à Quételet. D'après cent dix neuf observations prises à la Maternité de Bruxelles, cet auteur a recherché quel était le poids moyen des enfants à leur naissance et il est arrivé aux conclusions suivantes déjà exposées précédemment.

1° « Dès la naissance, dit-il, il existe une inégalité de poids entre les enfants des deux sexes.

« Le poids moyen des garçons est de 3 kilos 250 grammes; le poids moyen des filles est de 2 kilogrammes 910 grammes. »

Dans son étude médico-légale de l'infanticide, M. le professeur Tardieu donne le tableau du poids de 4014 enfants nés à terme à la Maternité de Paris. M. Tardieu fait suivre ce tableau de considérations très intéressantes sur les poids extrêmes au-delà desquels un expert ne doit pas admettre qu'un enfant est à terme. « Nos chiffres, dit-il, nous donnent un maximum de 5.300 grammes, poids déjà constaté par Baudelocque. Mais c'est là certainement un poids exceptionnel, de même que tous ceux qui dépassent 4.500 grammes, puisque nous n'en comptons que vingt sur 4.000 enfants, »

« Entre 4 kilos et 4 k. 500 grammes, on en trouve 115, et 493 de 3 kilos 600 grammes à 4 kilos.

« Le minimum a dans la pratique plus d'intérêt encore. Dans les conditions normales, on ne peut admettre qu'il s'abaisse au-dessous de 2 kilos. Casper l'a fixé à 2 k. 500. Entre ces deux chiffres, le tableau que j'ai donné, ne contient que 48 cas. C'est seulement dans des cas pathologiques que des nouveau-nés, très manifestement à terme ont présenté un poids inférieur. On l'a vu tomber à 1.200 grammes par suite d'une altération des deux tiers du placenta, mais dans ces cas, les diverses parties du corps présentaient un développement régulier. Il en pourrait être ainsi également dans les cas de grossesses gémellaires. Ce qui importe, c'est de considérer le développement général, en même temps que le poids.

« On sera de la sorte conduit à admettre que si un nouveau-né de 1.200 à 1.500 grammes peut quelquefois être à terme, il ne peut pas ne pas l'être s'il en pèse 3.000. »

En nous appuyant sur ce passage, nous pouvons établir qu'au moment de la naissance, un enfant à terme et bien conformé doit peser en moyenne de 3.000 grammes à 3.250 grammes.

Toutefois ce chiffre est loin d'être absolu et bien des circonstances peuvent le modifier. Un accident ou une maladie survenant dans le cours d'une grossesse, aura toujours une influence fâcheuse sur le développement du fœtus et partant sur le poids du nouveau-né. C'est ainsi que les vomissements trop fréquents, les hémorrhagies

trop abondantes de la grossesse, réduisent beaucoup le poids des enfants.

Les varices, très communes chez les multipares, l'alcoolisme, la scrofule donnent les mêmes résultats. La syphilis enfin, exerce le plus souvent une influence considérable sur le poids de l'enfant.

Certaines conditions dépendant soit de l'enfant, soit de la mère, pourront fait varier le poids du nouveau-né.

Dans le premier groupe se rangent le sexe et le nombre des enfantss jumeaux ; le second a trait à l'âge de la mère et à son état de primi ou de multiparité.

Au moment de la naissance, les filles sont moins pesantes que les garçons ; cette différence peut être évaluée en moyenne à 145 grammes. La moyenne du poids des filles peut être évaluée à 2.910 grammes. Cette influence du sexe a été constatée par tous les observateurs.

Dans les accouchements gémellaires on constate également une différence de poids très marquée à l'avantage des garçons : ici la moyenne générale du poids des garçons et du poids des filles subit une diminution notable.

L'âge de la mère, et son état de primi ou de multiparité peuvent aussi influencer le poids de l'enfant. Des recherches de Hecker et de Mathews Duncan et du D^r Foissy, il résulte que les enfants des multipares sont plus lourds que ceux des primipares.

DES VARIATIONS DE POIDS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS À TERME,
NOURRIS PAR LEURS MÈRES, PENDANT LES DIX PREMIERS
JOURS.

Connaissant maintenant le poids moyen des nouveau-nés, filles et garçons, enfants de primipares et de multipares, il sera alors très intéressant de rechercher les variations de poids des nouveau-nés, alors qu'ils sont en bonne santé et nourris par leurs mères.

L'enfant qui vient de naître perd d'abord de son poids : cette perte se continue quelques jours, le plus souvent deux jours, quelquefois trois ; cependant on peut voir l'abaissement persister jusqu'au quatrième jour, mais il est très rare de le voir se prolonger au delà, dans ce cas presque toujours cette diminution anormale a une cause pathologique, qu'on peut découvrir en examinant la mère ou le nourrisson.

Nous citons l'observation suivante d'un enfant à terme, afin de montrer que dans les conditions normales cette baisse dure deux jours environ et quelquefois trois.

OBSERVATION I (*personnelle*).

La nommée Marie B... âgée de 25 ans, est une multipare ; elle accouche pour la troisième fois ; elle n'est pas albuminurique ; elle a toujours été bien portante, ses suites de couches ont été normales.

Elle a accouché le 21 mai 1892, d'une fille à terme pesant 2720 grammes.

Le premier jour l'enfant pèse	2,650 gr.	la perte est de 70 gr.
Le deuxième jour	2,600 gr.	50 gr.
Le troisième jour	2,610 gr.	augment. de 10 gr.
Le quatrième jour	2,710 gr.	de 100 gr.
Le cinquième jour	2,700 gr.	perte de 10 gr.
Le sixième jour	2,730 gr.	augment. de 30 gr.
Le septième jour	2,780 gr.	de 50 gr.
Le huitième jour	2,840 gr.	de 60 gr.
Le neuvième jour	2,870 gr.	de 30 gr.
Le dixième jour	2,900 gr.	de 30 gr.

(dépasse son poids primitif de 180 grammes).

Un fait important découle de cette observation, c'est qu'il faut considérer la série des poids et non le poids d'une seule pesée. En effet, nous constatons qu'au cinquième jour, l'enfant perd 10 grammes sur le poids précédent, en se basant sur cette pesée unique, on eût pu croire à un danger, alors que l'enfant était en bonne santé et que nous le voyons recommencer à augmenter le lendemain, ainsi que les jours suivants.

Cette diminution de poids a été constatée depuis fort longtemps.

Quetelet s'exprime ainsi : « Le poids moyen de l'enfant diminue un peu jusque vers le deuxième jour après la naissance et il ne commence à croître sensiblement qu'après la première semaine. »

Winckel ayant institué une série de recherches sur les poids des nouveau-nés, les communiqua à la Société gynécologique de Berlin en 1862. Les pesées ont été faites tous les jours et elles ont donné ce résultat, contrairement à l'opinion de Ed. Siebold que chez tous les enfants il s'était opéré un changement de poids dans les vingt-quatre heures.

Les travaux de MM. Blache et Odier, du docteur Quin-

quaud, de Foisy, et de Lauro de Franco confirment entièrement ces résultats.

Puisqu'en général les enfants diminuent de poids à partir de la naissance, quelle peut donc être cette diminution? Nous dirons tout d'abord qu'elle est très variable et à côté d'enfants qui perdent très peu, nous en trouverons d'autres qui ont une perte assez considérable. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, ont donné des résultats différents.

Cette perte est évaluée par Bouchaud à 100 grammes, soit 65 grammes pour le premier jour et 35 pour le second.

D'après Grégory, lorsqu'on tient compte de la diminution de poids qui dépend de l'émission de l'urine et du méconium, les enfants bien portants et à terme perdent 80 grammes dans les douze premières heures, 58 dans les douze heures suivantes, 52 dans les douze premières heures de la seconde journée et 12 de 36 à 48 heures. C'est vers le troisième jour qu'ils commencent alors à gagner du poids, mais avant ils perdent environ 203 grammes.

Le professeur Burdach de Königsberg a pris les observations de 7 enfants et il a trouvé que la perte subie par ces nouveau-nés durant les quatre premiers jours de leur existence était de 144 grammes (4 onces et demie).

Pour Steiner, la perte atteindrait en moyenne 222 grammes 6. M. Budin la fait varier de 150 à 200 grammes en moyenne.

Nous avons réuni 125 observations d'enfants à terme, bien portants et nourris par leurs mères et nous avons trouvé les résultats suivants :

Enfants ayant perdu de 0 à 100 grammes = 15 ; la perte la plus minime que nous ayons constatée est celle de 30 grammes, si l'on excepte les cas où les enfants n'ont rien perdu et ont augmenté dès le lendemain de leur naissance.

Enfants ayant perdu de 100 à 200 grammes = 61.

Enfants ayant perdu de 200 à 300 grammes = 40.

Enfants ayant perdu au-dessus de 300 grammes, mais moins de 400 = 9.

Si alors nous cherchons combien il y a d'enfants ayant perdu de 100 à 150 grammes, nous en trouvons 27, et de 150 à 200 grammes, nous en trouvons 34.

Les enfants diminuent de poids plus le premier jour que les jours suivants ; ceux qui ont de fortes pertes le premier jour, n'en ont plus les autres jours, ou au moins de faibles ; ceux, au contraire, qui ont une légère diminution au début, en ont souvent une plus forte le deuxième jour et peuvent perdre encore le 3^e jour. La perte est en moyenne de 100 à 120 grammes pour le premier jour.

Chez les 15 enfants qui ont perdu de 0 à 100 grammes, dix n'ont plus diminué de poids à partir du premier jour.

Chez ceux qui avaient perdu de 100 à 250 grammes (27 enfants), quatorze avaient perdu le premier jour tout ce qu'ils devaient perdre.

Des 34 enfants qui ont perdu de 150 à 200 grammes, douze seulement n'ont plus perdu après le premier jour.

Comme maximum de perte, nous avons constaté, pour le 1^{er} jour 330 grammes, pour le 2^e jour 230 grammes.

Comme minimum de perte, nous avons constaté, pour le premier jour, 10 grammes, pour le deuxième jour, 10 grammes.

Bouchaud avait trouvé comme maximum de perte pour le premier jour 200 grammes, et pour le deuxième jour 15 grammes; comme minimum pour le premier jour 10 grammes et pour le deuxième jour 5 grammes.

MODES DE DÉVELOPPEMENT.

1° Le premier mode de développement physiologique est celui dans lequel la courbe est régulièrement ascendante après vingt-quatre heures. L'enfant a acquis son poids initial le troisième jour; il a perdu le premier jour tout ce qu'il devait perdre: il augmente à partir du deuxième jour. C'est ce qui est démontré par l'observation suivante:

OBSERVATION II (*personnelle*).

La femme Juliette Ph.... accouche pour la troisième fois; tous ses enfants sont vivants et bien portants. Elle n'a pas d'albumine; elle est d'une constitution robuste; ses suites de couches ont été normales. Elle donne le sein toutes les deux heures; ses seins sont bien développés, elle a du lait en abondance et la pression du mamelon en fait sourdre une très grande quantité.

Son enfant, qui est du sexe féminin pèse à la naissance 3,870 grammes.

Le 1^{er} jour il pèse 3,740 grammes, il perd 130 grammes.

Le 2^e jour 3,850 gr. il augmente de 110 gr.

Le 3^e jour 3,930 gr. 80 gr. poids primitif.

Le 4^e jour 4,050 gr. 120 gr.

Le 5^e jour 4,150 gr. 100 gr.

Le 6^e jour 4,200 gr. 50 gr.

Le 7^e jour 4,250 gr. 50 gr.

Le 8^e jour 4,300 gr. 50 gr.

Le 9 ^e jour	4,340 gr.	40 gr.
Le 10 ^e jour	4,370 gr.	30 gr.

2^o Le second mode d'accroissement est le suivant :

Les deux premiers jours l'enfant perd du poids, mais dans la majorité des cas il perd moins le deuxième jour que le premier ; quelquefois la perte est la même les deux premiers jours.

OBSERVATION II (*personnelle*).

La nommée Marie B..., âgée de 25 ans, et une multipare ; elle accouche pour la troisième fois, d'une fille à terme, du poids de 2,720 grammes.

Le 1 ^{er} jour l'enfant pèse	2,650 gr.	il perd 70 grammes.
Le 2 ^e jour	2,600 gr.	50 grammes.
Le 3 ^e jour	2,610 gr.	aug. de 10 grammes.
Le 4 ^o jour	2,710 gr.	de 100 grammes.
Le 5 ^e jour	2,700 gr.	il perd 10 grammes.
Le 6 ^e jour	2,730 gr.	il aug. de 30 grammes.
Le 7 ^e jour	2,780 gr.	50 grammes.
Le 8 ^e jour	2,840 gr.	60 grammes.
Le 9 ^e jour	2,870 gr.	30 grammes.
Le 10 ^e jour	2,910 gr.	40 grammes.

OBSERVATION IV (*personnelle*).

La femme Joséphine M..., âgée de 21 ans, est une primipare ; elle accouche, le 14 mai 1892, d'une fille à terme pesant 3,200 grammes.

Le 1 ^{er} jour l'enfant pèse	3,120 grammes,	il perd 80 grammes.
Le 2 ^e jour	3,040 gr.	— 80 grammes.
Le 3 ^e jour	3,170 gr.	il augmente de 130 grammes.
Le 4 ^e jour	3,270 gr.	il augmente de 100 grammes.

Le 5 ^e jour	3,270 gr.	pas d'augmentation.
Le 6 ^e jour	3,220 gr.	il perd 50 grammes.
Le 7 ^e jour	3,250 gr.	il aug. de 30 grammes.
Le 8 ^e jour	3,180 gr.	perte de 70 grammes.
Le 9 ^e jour	3,160 gr.	20 grammes.
Le 10 ^e jour	3,170 gr.	il augmente de 10 grammes.

A partir du 22 mai, c'est-à-dire du huitième jour, la mère présente des crevasses aux deux mamelons, c'est ce qui nous explique la baisse constatée à partir de ce jour.

3^e Dans un troisième mode, l'enfant perd pendant trois jours et n'augmente que le quatrième. En voici un exemple :

OBSERVATION V. (*personnelle*).

La femme Gaud..., âgée de 27 ans, est une secondipare ; ses suites de couches ont été normales, mais c'est une femme albuminurique.

Elle a accouché d'un garçon à terme, du poids de 2,870 grammes.

Le 1^{er} jour l'enfant pèse 2,830 grammes il perd 40 grammes.

Le 2^e jour 2,780 gr. 50 grammes.

Le 3^e jour 2,750 gr. 30 grammes.

Le 4^e jour 2,830 gr. il aug. de 80 grammes.

Le 5^e jour 2,900 gr. 70 grammes.

Le 6^e jour 2,950 gr. 50 grammes.

Le 7^e jour 3,020 gr. 70 grammes.

Le 8^e jour 3,100 gr. 80 grammes.

Le 9^e jour 3,170 gr. 70 grammes.

Le 10^e jour 3,200 gr. 30 grammes.

4^e Dans un quatrième mode, le nouveau-né perd de son poids pendant deux jours et reste stationnaire le troisième : Puis l'augmentation progressive se fait à partir du quatrième jour,

OBSERVATION VI (*personnelle*).

La femme Léontine Caut..., âgée de 40 ans, accouche pour la septième fois. Dans sa jeunesse, elle a eu de l'impétigo, de la blépharite glandulo-ciliaire, des adénites. Actuellement, elle paraît bien portante ; ses seins sont bien développés, ses suites de couches ont été normales ; elle n'a pas d'albumine.

Elle a accouché d'une fille a terme du poids de 2,190 grammes.

Le 1^{er} jour l'enfant pèse 2,110 grammes ; il perd 80 grammes.

Le 2 ^e jour	2,070 gr.	40 grammes.
------------------------	-----------	-------------

Le 3 ^e jour	2,070 gr.	reste stationnaire.
------------------------	-----------	---------------------

Le 4 ^e jour	2,110 gr.	il augmente de 40 grammes.
------------------------	-----------	----------------------------

Le 5 ^e jour	2,220 gr.	110 grammes.
------------------------	-----------	--------------

Le 6 ^e jour	2,270 gr.	50 grammes.
------------------------	-----------	-------------

Le 7 ^e jour	2,310 gr.	40 grammes.
------------------------	-----------	-------------

Le 8 ^e jour	2,350 gr.	40 grammes.
------------------------	-----------	-------------

Le 9 ^e jour	2,400 gr.	50 grammes.
------------------------	-----------	-------------

Le 10 ^e jour	2,470 gr.	70 grammes.
-------------------------	-----------	-------------

5^e Dans un cinquième mode, l'enfant perd pendant trois jours, le nouveau-né reste stationnaire le quatrième et augmente le cinquième.

Ces variations de poids que nous venons de constater, varient suivant l'alimentation et le sexe. Ce sont chez les enfants, nourris par leur mères, qu'elles sont le moins accentuées et elles sont le plus marquées avec l'allaitement artificiel.

Winckel avait étudié les variations de poids de cent enfants : 78 étaient nourris par leurs mères et 15 avec du lait de vache. Les 78 perdirent en moyenne dans les deux ou trois premiers jours, environ 215 grammes.

Pour les autres, nourris avec du lait de vache, les résultats ne furent pas très différents ; d'où l'auteur conclut

qu'à cette époque il n'y a pas de différence de perte entre les enfants nourris par le lait de vache ou le lait de femme. Mais il ajoute qu'il n'en est plus de même après le troisième jour. Chez les 78 nourris par leurs mères, de suite après la cessation de la perte de leur poids, il y a une augmentation sensible. Ed. Siebold se serait trompé selon lui en annonçant qu'il y avait un temps d'arrêt de quelques jours avant de constater cette augmentation.

D'après Gregory, lorsqu'on observe des enfants qui sont nourris avec du lait de vache, la perte de poids est plus considérable.

On peut en juger par le tableau suivant :

Premier jour	132 grammes
Deuxième jour	70 grammes
Troisième jour	12 grammes
Quatrième jour	8 grammes
	222 grammes

Ils ne commencent à gagner qu'après le quatrième jour, par conséquent deux jours plus tard que les enfants nourris par leurs mères.

Quant aux variations de poids dépendant du sexe du nouveau-né, nous les étudierons dans un autre chapitre.

Cette baisse de poids que nous avons notée pendant les deux ou trois premiers jours, peut ne pas se produire ainsi que le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION VII (*personnelle*).

La nommée Ep..., âgée de 27 ans est une secondipare ; elle a accouché le 7 mai 1892, d'une fille à terme pesant 3,060 grammes.

Le 1 ^{er} jour l'enfant pèse	3,180 gr.	il augmente de 120 grammes.
Le 2 ^e jour	3,490 gr.	de 10 grammes.
Le 3 ^e jour	3,200 gr.	de 10 grammes.
Le 4 ^e jour	3,230 gr.	de 30 grammes.
Le 5 ^e jour	3,260 gr.	de 30 grammes.
Le 6 ^e jour	3,280 gr.	de 20 grammes.
Le 7 ^e jour	3,230 gr.	de 50 grammes.
crevasses aux seins de la mère		
Le 8 ^e jour	3,250 gr.	il aug. de 20 grammes.
Le 9 ^e jour	3,290 gr.	40 grammes.
Le 10 ^e jour	3,320 gr.	il aug. de 30 grammes.

La mère avait les seins très développés : elle n'était pas albuminurique ; ses suites de couches avaient été normales, à part une légère élévation de température le septième jour, occasionnée par des crevasses aux seins. Cette femme a toujours été bien portante.

Cette observation nous montre qu'il y a des enfants qui ne perdent rien et croissent en poids dès les premières heures. Ce fait, nié par Winckel, se trouve ici parfaitement prouvé. Bouchaud l'avait aussi constaté et il prétendait que cet accroissement, dès les premières heures de la vie, sans aucune diminution préalable, se voyait dans la proportion de 1/15 des cas observés. Il reconnaissait deux conditions, 1^o que l'enfant tète bien et 2^o que la mère ait beaucoup de colostrum. Ce n'est probablement pas du colostrum dont l'auteur a voulu parler. Ce premier lait est peu favorable et peu abondant, surtout chez les primipares.

M. Kermarzski partage l'opinion de Bouchaud et pour lui cette augmentation immédiate et momentanée aurait lieu toutes les fois que l'intestin et la vessie tardent à se vider.

Pour nous, ces cas sont observés lorsque, pendant le

travail de l'accouchement, le fœtus a uriné et rendu tout son méconium, et lorsque, après la naissance, il est immédiatement alimenté par une nourrice ou par sa mère multipare, qui a abondamment de lait dans les seins.

M. Quinquand, dans une analyse de 450 observations d'enfants qu'il a pesés et dont il a étudié le mode de développement, n'avait signalé aucun fait de ce genre. Nous avons vu que Winckel était plus catégorique sur ce point. Il nie, en effet, qu'un seul enfant puisse ne pas éprouver une diminution de poids dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance.

D'autres fois, au contraire, il y a diminution exagérée. M. Budin rapporte dans sa Clinique obstétricale les deux observations suivantes : L'enfant de la nommée G., une fille née le 7 novembre dernier et qui pesait 4.430 grammes, aussitôt après son expulsion, était tombée le 9 novembre à 4050 grammes ; elle avait donc perdu 380 grammes en deux jours.

Un autre enfant, un garçon, né le 24 novembre, pesait 3.450 grammes, en naissant ; le lendemain son poids était descendu à 2960 grammes, il avait par conséquent perdu le chiffre considérable de 490 grammes en vingt-quatre heures. Ces deux enfants ont eu ensuite une courbe régulière.

AUGMENTATION DE POIDS A PARTIR DU TROISIÈME JOUR.

Ordinairement à partir du troisième jour, quelquefois du quatrième, l'enfant commence à augmenter de poids

et cette augmentation doit se poursuivre régulièrement les jours suivants, de sorte qu'il arrive un jour où l'enfant a repris son poids primitif.

Quel est donc le jour où le nouveau né atteint de nouveau le poids qu'il avait au moment de la naissance? Sur ce point, les auteurs émettent des opinions différentes. Le docteur Quinquaud, dans sa thèse sur le Puerpérisme infectieux, admet qu'un enfant à terme, né dans de bonnes conditions, doit avoir atteint le chiffre initial de son poids le cinquième jour après sa naissance. Bouchaud recule ce terme jusqu'au septième jours. D'après Haake, Gregory, le nouveau-né aurait regagné seulement le neuvième jour ce qu'il avait perdu et aurait repris son poids de naissance. Barth et Roger, dans leur *Traité sur les maladies de l'enfance* prétendent que l'enfant atteint son poids initial le dixième jour, s'il est allaité au sein, un peu plus tard s'il est nourri artificiellement. Pour M. Budin, le retour au poids initial a lieu le septième jour.

Nous avons examiné les 125 observations d'enfants à terme que nous avons recueillies à la Clinique Baudelocque, et nous avons trouvé que dans 86 cas, les enfants avaient atteint leur poids initial le dixième jour.

8 enfants	avaient atteint leur poids primitif le troisième jour
13 enfants	le quatrième jour
19 enfants	le cinquième jour
12 enfants	le sixième jour
15 enfants	le septième jour
4 enfants	le huitième jour
8 enfants	le neuvième jour
8 enfants	le dixième jour

On voit par là que les jours où le poids initial est atteint, sont par ordre de fréquence le cinquième, le septième, le quatrième, le sixième, le troisième, le neuvième, le dixième, le huitième.

Ces résultats ne concordent pas avec ceux de Bouchaud ; pour lui, c'était surtout le troisième, le cinquième, le quatrième, le septième jour que, par ordre de fréquence les enfants regagnaient leur poids primitif. Nos résultats concordent avec ceux du docteur Quinquaud qui prétend que les enfants doivent atteindre au cinquième jour le poids qu'ils avaient en venant au monde. Notre tableau montre en effet que c'est le cinquième jour que l'on trouve le plus d'enfants, ayant atteint leur poids de naissance, puis vient le septième jour.

Sur 39 autres enfants que nous n'avons pas mentionnés et qui faisaient partie de nos observations, nous en avons trouvé dix qui n'avaient pas acquis, le dixième jour, leur poids initial, sans qu'il ait existé, soit du côté de la mère, soit du côté du nouveau-né, de causes pouvant expliquer ce retard dans l'accroissement.

Les 29 derniers n'ont pas repris leur poids primitif par suite d'un état pathologique.

Un fait nous a frappé en parcourant nos observations, c'est de voir les gros enfants regagner leur poids initial moins vite que les autres. En voici des exemples :

OBSERVATION VIII (*personnelle*).

La nommée Louise G..., âgée de 42 ans, accouchait le 28 février 1892, pour la neuvième fois, d'une fille à terme pesant 4370 grammes.

Le premier jour l'enfant pèse	4,210 grammes,	il perd 160 grammes
Le deuxième jour	4,110 gr.	100 grammes
Le troisième jour	4,150 gr.	il aug. de 40 grammes
Le quatrième jour	4,230 gr.	80 grammes
Le cinquième jour	4,220 gr.	il perd 10 grammes
Le sixième jour	4,250 gr.	il aug. de 30 grammes
Le septième jour	4,250 gr.	il reste stationnaire
Le huitième jour	4,270 gr.	il aug. de 20 grammes
Le neuvième jour	4,290 gr.	de 20 grammes
Le dixième jour	4,300 gr.	de 10 grammes

La chute du cordon eut lieu le sixième jour. Les suites de couches ont été normales ; la mère n'est pas albuminurique ; elle a toujours été bien portante.

OBSERVATION IX (*personnelle*).

La mère Louise G..., âgée de 21 ans, est une primipare ; elle accouche d'un garçon à terme, du poids de 4630 grammes.

Le premier jour, l'enfant pèse	4,440 grammes,	il perd 190 gr.
Le deuxième jour	4,370 gr.	70 gr.
Le troisième jour	4,340 gr.	30 gr.
Le quatrième jour	4,430 gr.	il augmente de 90 gr.
Le cinquième jour	4,440 gr.	de 10 gr.
Le sixième jour	4,460 gr.	de 20 gr.
Le septième jour	4,460 gr.	il reste stationnaire
Le huitième jour	4,470 gr.	il augmente de 10 gr.
Le neuvième jour	4,480 gr.	de 10 gr.
Le dixième jour	4,500 gr.	de 20 gr.

OBSERVATION X (*personnelle*).

Emilie Vol..., âgée de 34 ans, est une multipare ; elle accouche le 23 mars 1892, d'un garçon à terme, du poids de 4260 gr.

Le 1 ^{er} jour l'enfant pèse	4,000 gr.,	il perd 260 gr.
Le 2 ^o jour	— 3,920 gr.,	il perd 80 gr.

Le 3 ^e jour	—	4,000 gr.,	il augmente de 80 gr.
Le 4 ^e jour	—	4,030 gr.,	— de 30 gr.
Le 5 ^e jour	—	4,050 gr.,	— de 20 gr.
Le 6 ^e jour	—	4,140 gr.,	— de 90 gr.
Le 7 ^e jour	—	4,080 gr.,	il perd 60 gr.
Le 8 ^e jour	—	4,100 gr.,	il augmente de 20 gr.
Le 9 ^e jour	—	4,100 gr.,	reste stationnaire.
Le 10 ^e jour	—	4,190 gr.,	il augmente de 90 gr.

La santé de la mère a toujours été excellente; ses suites de couches ont été normales.

Dans les observations que nous possédons, un seul de ces gros enfants avait regagné son poids initial le cinquième jour, un autre y était parvenu le sixième jour, un autre le neuvième jour et deux autres le dixième jour.

Chez certains nouveau-nés, l'ascension consécutive à l'abaissement est singulièrement rapide. M. le Dr Budin, rapporte dans ses Cliniques, les observations suivantes :

Le petit Achille H..., né le 20 novembre, pesait 3120 grammes; le 21, son poids était tombé à 2,960 grammes; le 24 novembre, le quatrième jour, il pesait 3,290 grammes et le 28, il atteignait 3,500 grammes. Il avait par conséquent, le huitième jour, dépassé de 380 grammes son poids de naissance.

Voici un fait du même genre. C'est celui du nommé Best..., né le 5 février 1888. Son poids initial était de 2,940 grammes; le lendemain, il ne pesait plus que 2,770 grammes. Au moment de sa sortie, le 13 février, c'est-à-dire huit jours après sa naissance, il avait atteint le chiffre de 3,400 grammes. Il pesait donc au huitième jour, 460 grammes de plus qu'en venant au monde.

Ces enfants étaient allaités exclusivement par leurs mères qui étaient multipares.

Augmentation de poids, à partir du jour où les enfants ont regagné leur poids initial.

Cette augmentation est variable ; elle est d'autant plus élevée que le poids initial a été repris plus vite.

Ainsi, chez les enfants qui sont parvenus le troisième jour au poids qu'ils avaient en venant au monde, nous avons constaté au dixième jour un accroissement qui variait de 150 à 450 grammes.

Chez ceux qui ont regagné leur poids primitif le quatrième jour, nous avons trouvé au dixième jour une augmentation variant entre 150 et 350 grammes.

Chez les nouveau-nés qui ont présenté le cinquième jour le poids qu'ils avaient en naissant, ils avaient augmenté de 100 à 270 grammes.

Pour ceux dont le poids initial coïncidait avec le sixième jour, ils pesaient au dixième jour de 70 à 240 grammes de plus qu'à la naissance.

L'augmentation de poids variait de 60 à 230 grammes pour ceux qui avaient regagné leur poids initial le septième jour.

Quelle doit être l'augmentation quotidienne d'un nouveau-né, pour qu'il soit considéré comme étant en bonne santé ?

Les évaluations données par les auteurs ne sont pas les mêmes ; les unes indiquent 25 à 30 grammes par jour,

d'autres 30 ou 40 grammes. Toutefois on peut être satisfait quand le poids augmente de 20 à 30 grammes dans les vingt-quatre heures, surtout quand l'état général est bon, le sommeil suffisant et les selles de bonne nature. Il peut y avoir pourtant des exceptions et un enfant peut être en bonne santé, parfois, malgré un accroissement faible. R. Blache, au Congrès international des sciences médicales, a rapporté l'exemple d'une petite fille, d'un poids un peu au-dessous de la moyenne et dont la santé a toujours été irréprochable, quoiqu'elle n'ait jamais gagné plus de 12 à 18 grammes par jour pendant les cinq premiers mois. D'autre part, l'augmentation de poids peut dépasser de beaucoup la moyenne ; chez les enfants nourris au sein et placés dans de bonnes conditions hygiéniques, il est très fréquent de voir un accroissement journalier de 40 grammes et même plus ; dans un cas cité par R. Blache, il atteignait 80 grammes.

Un accouchement avant terme, un allaitement mal dirigé, l'intervention d'une maladie chez la mère ou l'enfant, modifient beaucoup les chiffres qui précèdent. Dans ces conditions, en effet, l'accroissement de l'enfant rencontre de nouveaux obstacles, de sorte que, en dehors de la perte de poids physiologique et passagère, il existe, comme l'a dit M. Bouchut « une perte de poids qui se prolonge davantage et qui peut mettre l'enfant dans un état assez grave pour entraîner la mort ». C'est ainsi que dans la mort par inanition, il y a une perte progressive de poids et l'enfant succombe lorsqu'il est arrivé à perdre un tiers de son poids initial. Ces variations de poids, d'origine pathologique, trouveront leur place dans un autre chapitre.

DES VARIATIONS DE POIDS CHEZ LES ENFANTS NÉS AVANT
TERME

Après avoir étudié les variations de poids chez les nouveau-nés à terme, nous allons maintenant chercher à déterminer quelles sont les modifications que subit pendant les dix premiers jours le poids des enfants nés avant neuf mois.

Nous avons réuni 43 observations : 16 se rapportent à des enfants nés à 8 mois et demi ; 15 à des enfants nés à 8 mois ; 7 à des enfants nés à 7 mois et demi et 5 à des enfants nés à 7 mois.

Enfants nés à huit mois et demi. — 16. Ces enfants diminuent de poids aussitôt après leur naissance et nous n'avons pas constaté chez eux, comme on peut le rencontrer chez les enfants nés à terme, d'augmentation de poids à partir du premier jour ; tous ont diminué, mais tandis que les uns (4 enfants sur 16) perdaient du poids pendant un jour et augmentaient à partir du deuxième jour, les autres (7 enfants sur 16) ont eu une baisse pendant deux jours et ont accusé un accroissement à partir du troisième jour.

Deux enfants ont perdu pendant trois jours ; un seul a diminué jusqu'au cinquième jour ; un seul jusqu'au sixième jour et un autre n'avait pas au dixième jour cessé de perdre et mourait le lendemain.

Les enfants nés à huit mois et demi ont donc une baisse de poids durant le plus souvent deux jours après la naissance.

La diminution de poids pendant ces deux ou trois premiers jours, semble être plus considérable chez ces enfants nés avant terme; en effet, tandis que chez ceux nés à terme, la majorité perdait de 150 à 200 grammes, ici nous en trouvons un plus grand nombre qui perdent au-dessus de 200 grammes :

7 ont perdu de 80 à 200 grammes.

9 — au-dessus de 200 grammes.

La perte du premier jour a toujours été plus considérable que celle des autres jours.

A quel moment ont-ils repris leur poids initial ?

Un enfant a repris son poids initial le troisième jour et a augmenté jusqu'au dixième jour de 130 grammes.

Un autre l'a repris le quatrième jour et a augmenté de 190 grammes.

Deux enfants ont présenté le cinquième jour le poids qu'ils avaient à leur naissance et ont gagné, l'un, 250 grammes, l'autre 20 grammes.

Trois enfants ont atteint leur poids primitif le sixième jour et au dixième jour, l'un avait augmenté de 110 grammes, les deux autres ont diminué parce qu'il existait un état pathologique.

Deux enfants ont repris leur poids primitif le septième jour; deux autres le huitième jour, deux autres le dixième jour, un le neuvième et deux le dixième jour ne l'avaient pas encore repris.

Ces résultats semblent démontrer que plus un enfant naîtra loin du terme, plus il aura de tendance à se rapprocher du dixième jour pour regagner le poids qu'il avait en venant au monde : toutefois, à huit mois et demi, les nouveau-nés doivent dans les dix premiers jours retrouver leur poids de naissance et la majorité paraît y revenir vers le sixième jour, par conséquent un peu plus tard que les enfants nés à terme.

Enfants nés à huit mois. — 15.

Parmi ceux-ci, trois seulement ont diminué de poids pendant deux jours ; et dix ont eu une baisse pendant trois jours ; le quatrième jour, ils ont commencé à augmenter. Un seul a perdu du poids pendant quatre jours et le dernier n'a cessé de perdre jusqu'à sa mort qui a eu lieu le dixième jour.

Chez les enfants de huit mois et demi, nous avons vu que la diminution de poids durait en moyenne deux jours (7 enfants sur 16) ; chez les enfants de huit mois, c'est l'exception ; la majorité accuse une diminution pendant trois jours.

Le plus grand nombre perdait au-dessus de 200 grammes pendant ces trois jours.

Onze de ces enfants n'avaient pas au dixième jour repris leur poids initial.

Un seul l'a repris le cinquième jour, un autre le septième jour ; le troisième l'a repris le huitième jour et le quatrième le neuvième jour.

Aussi on peut dire que chez les enfants nés à huit mois,

il est très rare de les voir reprendre leur poids de naissance pendant les dix premiers jours.

Enfants nés à sept mois et demi. — 7.

Chez trois enfants, la baisse a persisté trois jours ; chez un seul elle a duré quatre jours ; deux autres ont perdu pendant cinq jours et le dernier a continuellement dé péri.

Un seul a repris son poids initial le septième jour et tous les autres ne l'avaient pas le dixième jour.

Les enfants qui sont nés à sept mois et demi ont donc, à partir de leur naissance, une perte de poids qui dure plus de trois jours. Comme chez les enfants nés à huit mois, la règle est qu'au dixième jour, ils ne présentent pas encore le poids qu'ils avaient en naissant.

Enfants nés à sept mois. — 5.

Trois enfants ont eu une diminution de poids qui a duré quatre jours et ont commencé à augmenter à partir du cinquième jour. Les autres ont continuellement diminué.

Aucun n'avait repris, le dixième jour, le poids qu'il avait en venant au monde.

Ainsi donc, plus les enfants naissent à une époque éloignée du terme, plus la durée de la diminution des premiers jours est grande et plus ils ont de tendance à regagner leurs poids initial tardivement.

DES VARIATIONS DE POIDS CHEZ LES FILLES ET LES GARÇONS

Les filles et les garçons présentent-ils les mêmes variations de poids ? la diminution est-elle égale dans les deux cas ou existe-t-il des différences ! Ce sont là des questions que nous allons tâcher de résoudre.

Chez les filles comme chez les garçons, il existe toujours une perte de poids dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance, mais cette perte de poids, quelle est-elle ? Nous avons réuni cent observations, cinquante de filles et cinquante de garçons.

Nous avons trouvé pour les filles :

6 qui perdaient de 0 à 100 gr. (la perte la plus faible a été de 40 gr.).

10 qui perdaient de 100 à 150 gr.

12 — de 150 à 200 gr.

8 — de 200 à 250 gr.

9 — de 250 à 300 gr.

5 — au-dessus de 300 gr. (la perte la plus forte a été de 380 gr.).

Quant aux garçons, nous en avons trouvé :

6 qui perdaient de 0 à 100 gr. (la perte la plus faible a été de 70 gr.).

5 qui perdaient de 100 à 150 gr.

12 — de 150 à 200 gr.

11 — de 200 à 250 gr.

11 — de 250 à 300 gr.
5 — au-dessus de 300 gr. (la perte la plus forte a été de 370 gr.).

On voit dans le premier cas (chez les filles) que 28 sur 50, c'est-à-dire un peu plus que la moitié, ont perdu de 0 à 200 grammes, tandis que dans le second (chez les garçons) 23 seulement sur 50 diminuent de 0 à 200 gr. et 27 sur 50, ont une perte de poids de 200 à plus de 300 grammes.

Ces résultats nous permettent donc de dire que chez les filles, la diminution de poids à partir du jour où l'enfant vient au monde et qui dure deux ou trois jours en moyenne, est en général moins considérable que chez les garçons. Ce fait avait déjà été constaté par M. Budin, mais Bouchaud avait émis une opinion différente et il disait que les filles perdaient plus que les garçons et que chez ces derniers le gain en poids marchait plus vite.

A quel moment y a-t-il retour au poids initial ? — Les filles nous ont fourni les résultats suivants :

4 filles	ont repris leur poids initial	le troisième jour.
4	—	le quatrième jour.
10	—	le cinquième jour.
3	—	le sixième jour.
4	—	le septième jour.
3	—	le huitième jour.
6	—	le neuvième jour.
5	—	le dixième jour.

Onze filles n'avaient pas repris leur poids primitif le dixième jour ; chez cinq d'entre elles il existait une cause pathologique expliquant ce retard. Une autre avait

un poids de 4370 grammes et nous savons que les gros enfants regagnent moins vite leur poids de naissance.

Vingt-cinq filles, c'est-à-dire la moitié, présentaient le septième jour, le poids qu'elles avaient en venant au monde ; le plus grand nombre d'entr'elles, 18 sur 25, avait regagné leur poids initial dans les cinq premiers jours qui suivaient la naissance.

Voici les résultats donnés par les garçons :

2 garçons ont repris leur poids initial le troisième jour.		
4	—	le quatrième jour.
7	—	le cinquième jour.
5	—	le sixième jour.
9	—	le septième jour.
4	—	le neuvième jour.
2	—	le dixième jour.

Dix-sept garçons n'avaient pas repris leur poids primitif le dixième jour. Dans cinq cas, il existait une cause pathologique : deux enfants avaient des mères albuminuriques ; deux autres présentaient de gros poids à leur naissance. Les huit derniers n'avaient rien pour expliquer ce manque d'augmentation suffisante.

Vingt-sept garçons avaient regagné dans les sept premiers jours leur poids de naissance, 13 pendant les cinq premiers jours et 14 pendant les deux autres jours.

On voit donc que les filles semblent regagner leur poids primitif un peu plus vite que les garçons ; la plus grande partie des filles paraît le regagner vers le cinquième jour, tandis que la plupart des garçons ne le regagnent que vers le septième jour.

Quant à l'augmentation de poids, à partir du jour où le poids initial a été repris, elle doit être comme généralement de 20 à 25 grammes par jour.

DES VARIATIONS DE POIDS CHEZ LES ENFANTS DE PRIMIPARES
ET DE MULTIPARES

Dans le chapitre consacré au poids des nouveau-nés, nous avons mentionné que les enfants de multipares étaient plus lourds que ceux de primipares. Nous voulons ici chercher s'il existe des différences, autres que celle citée précédemment. Nous possédons cent observations, dont cinquante se rapportent à des enfants de primipares et cinquante à des enfants de multipares. Nous avons d'abord recherché si la perte de poids que l'on constate, pendant les premiers jours de l'existence, était la même dans les deux cas. Les résultats que nous avons obtenus, nous permettent de dire qu'il n'en est pas ainsi. En effet nos observations relatives aux enfants de multipares nous ont fourni les chiffres suivants :

7 enfants de multipares ont perdu de 0 à 100 gr. (le poids le plus faible est de 70 gr.).

28 enfants de multipares ont perdu de 100 à 200 gr.

12 — de 200 à 300 gr.

3 — au-dessus de 300 gr.

(le poids le plus fort est de 350 gr.).

Trente-cinq enfants sur cinquante, c'est-à-dire plus de la moitié, ont perdu de 0 à 200 grammes, tandis que quinze seulement sur cinquante ont perdu au-dessus de 200 grammes.

Quant aux enfants de primipares, nous sommes arrivé à ces résultats :

8 enfants de primipares ont perdu de 0 à 100 gr. (la perte la plus faible a été de 40 gr.).

17 enfants de primipares ont perdu de 100 à 200 gr.

19 — de 200 à 300 gr.

6 — au-dessus de 300 gr.

Vingt-cinq enfants sur cinquante ont perdu de 0 à 200 grammes, et vingt-cinq au-dessus de 200 grammes.

Ces faits nous permettent de dire que les enfants de multipares ont en général dans les premiers jours qui suivent la naissance, une perte de poids beaucoup moins considérable que les enfants de primipares.

Les premières perdant moins, doivent reprendre leur poids initial beaucoup plus vite ; en effet, pour les enfants de multipares nous avons constaté que :

2 enfants avaient repris leur poids initial le troisième jour.

5 enfants avaient repris leur poids initial le quatrième jour.

10 enfants avaient repris leur poids initial le cinquième jour.

6 enfants avaient repris leur poids initial le septième jour.

3 enfants avaient repris leur poids initial le huitième jour.

3 enfants avaient repris leur poids initial le neuvième jour.

6 enfants avaient repris leur poids initial le dixième jour.

Dix enfants n'avaient pas le dixième jour, le poids qu'ils avaient en venant au monde. Parmi ceux-ci, nous en avons trouvé sept qui avaient une affection capable d'entraver la nutrition et par suite l'accroissement.

Des trois autres, deux avaient de gros poids et dans l'autre cas il y avait eu grossesse gémellaire.

Quant aux enfants de primipares, nous avons constaté que :

5 enfants avaient repris leur poids initial le troisième jour.

5 enfants avaient repris leur poids initial le quatrième jour.

7 enfants avaient repris leur poids initial le cinquième jour.

2 enfants avaient repris leur poids initial le sixième jour.

10 enfants avaient repris leur poids initial le septième jour.

5 enfants avaient repris leur poids initial le neuvième jour.

1 enfant avait repris son poids initial le dixième jour.

Quinze enfants, au dixième jour, n'avaient pas atteint leur poids de naissance. Neuf n'avaient rien pour expliquer ce retard; six présentaient un état pathologique.

Nous pouvons donc conclure en disant que les enfants de multipares qui perdent moins que les enfants de primipares, reprennent leur poids initial un peu plus tôt que les enfants de primipares. C'est vers le cinquième jour que les premiers paraissent le reprendre, tandis que c'est vers le septième jour que les seconds y arrivent.

Kermaszki avait aussi reconnu que les enfants de multipares s'accroissaient plus vite que ceux de primipares. Ces faits ne peuvent nous surprendre, parce que chez les premières la sécrétion laiteuse est presque toujours moins tardive et plus abondante que chez les secondes. En suivant le même ordre d'idées, nous ajouterons qu'en général dans les premiers jours de sa vie, l'enfant qui tète une nourrice, croît plus rapidement que l'enfant allaité par sa mère dont le lait est forcément en voie d'évolution.

A partir du jour où ils présentent leur poids de naissance, les enfants de multipares comme ceux de primipares augmentent régulièrement et au dixième jour, cette augmentation sera d'autant plus considérable que le poids initial aura été repris plus tôt.

DES VARIATIONS DE POIDS CHEZ LES ENFANTS DE FEMMES
ALBUMINURIQUES.

L'albuminurie de la mère a-t-elle une influence sur la nutrition de l'enfant et par suite sur son accroissement et l'allaitement a-t-il une action sur l'albuminurie ? Questions fort intéressantes à traiter et que nous allons étudier. Nous dirons tout d'abord que nous n'avons à notre disposition qu'un petit nombre d'observations et qu'un plus grand nombre eût été nécessaire pour nous permettre d'établir des conclusions satisfaisantes. Nous possédons 18 observations de mères albuminuriques ; dans 12 cas, nous avons des enfants nés à terme, et dans 6, des enfants nés avant terme. Chez tous, nous avons constaté une diminution de poids à partir de la naissance, diminution qui n'a jamais dépassé le quatrième jour. Chez eux, la diminution n'a pas été inférieure à 100 grammes.

Six ont perdu de 100 à 200 grammes.

Six ont perdu de 200 à 300 grammes (un seul de ces six a perdu 300 grammes).

Parmi les enfants nés avant terme :

Deux ont perdu de 150 à 200 grammes.

Quatre ont perdu de 200 à 300 grammes.

On voit par là que les enfants de femmes albuminuriques perdent comme les autres enfants en moyenne de

100 à 200 grammes; il nous faut pourtant reconnaître qu'un nombre égal perd au-dessus de 200 grammes. Tandis que chez les enfants nés de mères ne présentant aucune tare organique, quelques-uns ne perdaient que quelques grammes, ici il semble établi que la perte de poids doit être plutôt supérieure à 100 grammes qu'inférieure.

La plupart des enfants nés avant terme perdent au-dessus de 200 grammes.

Le poids initial n'a été repris qu'une fois le cinquième jour, deux fois le septième jour, une fois le neuvième jour, et une fois le dixième jour; les sept autres n'avaient pas regagné le dixième jour le poids qu'ils avaient en naissant.

Chez les enfants nés avant terme, un seul était parvenu à son poids primitif le sixième jour; mais les autres ne l'avaient pas au dixième jour.

Il semble donc que l'accroissement ait lieu beaucoup moins rapidement que chez les enfants nés dans de bonnes conditions; de plus cet accroissement est irrégulier, en ce sens que les enfants, après avoir augmenté de poids pendant quelques jours, ou bien restent stationnaires, ou bien diminuent de poids pendant quelques temps; cela nous explique pourquoi au dixième jour un grand nombre ont un poids inférieur à celui de leur naissance.

Mais, nous le répétons, pour être complètement affirmatif sur ce point, il nous eût fallu un plus grand nombre d'observations, que le temps ne nous a pas permis de recueillir.

L'allaitement a-t-il une influence sur l'albuminurie? —

Nous ne le croyons pas, et nous affirmons qu'une mère, atteinte d'albuminurie peut et doit nourrir son enfant. Il est vrai que bien des auteurs ont prétendu que l'albuminurie était souvent une contre-indication à l'allaitement; mais chez toutes les femmes qui ont été soumises à notre examen et qui nourrissaient leurs nouveau-nés, jamais nous n'avons constaté une recrudescence de l'albuminurie par suite de l'allaitement; au contraire cette albuminurie diminuait d'intensité et même quelquefois disparaissait grâce à un traitement bien dirigé, qu'on s'efforçait de leur faire suivre. Nous nous appuyons d'ailleurs sur des faits incontestables.

OBSERVATION XI (*personnelle*).

La nommée M. M..., est une primipare; elle a accouché le 28 avril 1892 d'un enfant à terme, du poids de 2540 grammes; l'enfant a perdu du poids pendant 4 jours; il a augmenté ensuite, mais très irrégulièrement; au dixième jour, il ne pesait encore que 2335 grammes.

A son entrée à la clinique Baudelocque, le 2 avril 1892, cette femme avait 3 grammes d'albumine par litre. On la soumet au traitement, c'est-à-dire au repos, au régime lacté, on la recouvre de flanelle, on lui donne un purgatif et le 11 avril, on ne constate plus que 1 gramme d'albumine pour 1 litre et demi d'urine.

Après son accouchement, le 29 avril 1892, on constate 1 gr. 50 d'albumine pour 1 litre d'urine.

Le 2 mai on constate 2 gram. d'albumine pour 1 litre d'urine.

Le 4 mai — — — 2 gr. 50 — — — — —

Le 5 mai — — — 2 25 — — — — —

Le 6 mai — — — 2 — — — — —

Le 10 mai — — — 0 25 — — — pour 2 litres d'urine.

Le 11 mai — — — 0 50 — — — — —

Le 12 mai — — — 0 25 — — — — —

OBSERVATION XII (*personnelle*).

Mme Bal..., âgée de 24 ans est une primipare; elle accouche le 17 mars 1892, d'une fille à terme, du poids de 2600 grammes; cet enfant a diminué de poids pendant deux jours.

La mère avait avant son accouchement 3 grammes d'albumine par litre.

Après son accouchement :

17 mars, on constate 1 gram. d'albumine par litre.

18 mars,	—	0 gr. 75	—
19 mars,	—	1 10	—
21 mars,	—	3	—
22 mars,	—	2	—
23 mars,	—	1 50	—
24 mars,	—	1	—
25 mars,	—	1 25	—
26 mars,	—	1	—
27 mars,	—	0 50	—
28 mars,	—	0 50	—
29 mars,	—	0 50	—
30 mars,	—	0 25	—

OBSERVATION XIII (*personnelle*).

La femme Dur..., secondipare, accouche le 20 janvier 1892, d'une fille à 7 mois, du poids de 1520 grammes. L'enfant est mis dans une couveuse.

Le 19 janvier, à l'arrivée de cette femme dans le service, on trouve une quantité considérable d'albumine dans les urines, 6 grammes par litre.

Immédiatement on la soumet au régime lacté, on la recouvre de flanelle, on la soumet au repos et on la purge avec de l'eau-de-vie allemande.

Le 20 janvier, elle entre en travail, ne paraît nullement agitée, accouche d'un enfant vivant, après un travail rapide. Quelques mi-

nutes après l'accouchement, la malade a un accès d'éclampsie, lequel est immédiatement suivi de plusieurs autres. On pratique la délivrance trois quarts d'heure après l'accouchement; un autre accès très court et ne présentant pas toutes ses phases, se produit. On donne du chloroforme, un lavement de chloral. Une demi-heure après cet accès, la malade reprend tout à fait connaissance, mais se plaint d'une douleur frontale très intense. Pas d'autres accès.

Le 21 janvier. La malade continue à se plaindre de la tête, elle est encore très agitée. 6 grammes d'albumine pour 1 litre d'urine.

Le 22 janvier, on trouve 0,75 centigr. d'albumine pour 2 litres d'urine.

Le 23 janvier, on trouve 0,10 centigr. d'albumine pour 2 litres d'urine.

Le 24 janvier, on trouve 0,10 centigr. d'albumine pour 3 litres 1/2 d'urine.

Le 25 janvier, on trouve 0,50 centigr. d'albumine pour 4 litres d'urine.

Le 26 janvier, on trouve 0,40 centigr. d'albumine pour 3 litres 1/2 d'urine (purgatif).

Le 27 janvier, on trouve 0,25 centigr. d'albumine pour 3 litres 1/2 d'urine.

Le 28 janvier, on trouve 0,10 centigr. d'albumine pour 4 litres d'urine.

Le 29 janvier, on trouve 0,25 centigr. d'albumine pour 4 litres d'urine.

Le 30 janvier, on trouve 0,25 centigr. d'albumine pour 3 litres d'urine (purgatif).

Le 31 janvier, on trouve 0,25 centigr. d'albumine pour 4 litres 1/2 d'urine.

Le 1^{er} février, on trouve 0,50 centigr. d'albumine pour 3 litres d'urine.

Le 3 février, on trouve 0,10 centigr. d'albumine pour 4 litres d'urine.

Le 5 février, on trouve 0,10 centigr. d'albumine pour 3 litres d'urine.

Le 6 février, on trouve quelques traces d'albumine pour 4 litres d'urine.

Le 7 février, on ne trouve plus d'albumine.

Nous pourrions citer bien d'autres observations, mais nous croyons que celles-ci suffisent à démontrer que l'albuminurie n'a pas été augmentée par le fait de l'allaitement, et dans tous les cas, on pourra toujours essayer de faire prendre à l'enfant le sein de la mère, se réservant de modifier le régime, si le nouveau-né ne s'accroissait pas dans de notables proportions, ou si l'albumine augmentait au lieu de diminuer, comme nous l'avons constaté.

CAUSES DES VARIATIONS DE POIDS PHYSIOLOGIQUES, OBSERVÉES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

L'enfant perd de son poids sous l'influence de l'évacuation du méconium et de l'urine; ainsi que par les éliminations qui se font par la peau et les poumons, pertes que ne répare pas une alimentation encore peu abondante.

D'après les recherches qui ont été faites à la Maternité de Paris par Bouchaud, l'enfant ne prend rien ou presque rien pendant les vingt-quatre premières heures; le premier jour, en effet, il absorberait moins de 30 grammes de lait; le second jour un peu plus de 150 grammes; le troisième jour 400 grammes; le quatrième et le cinquième 550 grammes; puis près de 600 grammes. Il faut noter cependant que certains enfants en absorbent les premiers jours une quantité plus grande, ce sont principalement ceux qui sont bien développés, dont la mère multipare voit vite le lait affluer en abondance dans ses seins; enfin ceux auxquels on a donné une nourrice immédiatement après leur naissance. Ceci nous montre donc tout ce qu'il y a d'avantageux à faire prendre au nouveau-né le sein d'une femme accouchée depuis peu de temps et qui peut lui fournir immédiatement beaucoup de lait. On lui évite ainsi une cause puissante d'affaiblissement que les enfants vigoureux peuvent

supporter, il est vrai, sans grand inconvénient, mais qui peut avoir des conséquences bien autrement graves chez les enfants chétifs.

Les causes de la diminution de poids pendant les trois premiers jours sont, pour le Dr Winckel :

1° L'évacuation de l'urine et du méconium.

2° L'activité fonctionnelle de la peau, plus considérable après la naissance par l'enlèvement de l'enduit caséux, les efforts musculaires, la température ambiante.

3° La diminution de la graisse sous-cutanée, prouvée par la formation des plis dus à la pression des vêtements et aux efforts musculaires.

4° Le changement de nutrition. Il faut, en effet, que l'enfant apprenne à téter, à digérer, le lait d'abord est peu abondant ; il faut surtout que l'enfant se débarrasse du cordon ombilical, de sorte que les enfants diminuent parce que les dépenses en méconium, urine, graisse, sont plus grandes que les recettes pendant les trois premiers jours. C'est surtout le cordon qui joue un grand rôle ; aussi, dit-il, peut-on formuler cette règle : « les enfants nouveau-nés, en général, diminuent de poids jusqu'à la chute du cordon et augmentent tout de suite après. Les auteurs français s'accordent à reconnaître que la chute du cordon a lieu un peu plus tard que le dit le docteur Winckel.

D'après Bouchaud, la quantité de méconium contenue dans les voies digestives et qui doit être rejetée est d'environ 60 ou 70 grammes. Bouchaud s'en est assuré par des autopsies de nouveau-nés. Une grande partie du méconium est expulsée dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance.

Le deuxième et le troisième jour, le reste disparaît, mélangé avec les selles qui, dès le quatrième jour, ou même un peu avant, sont déjà complètement jaunes. L'évacuation commence quelques heures à peine après la naissance, d'autant plus vite que les mouvements péristaltiques de l'intestin sont provoqués plus tôt par l'allaitement ou par l'ingestion d'un liquide. Le méconium est expulsé par petites quantités à la fois, 10, 12, 15 gr. pendant les premiers jours. Les selles ne dépassent pas de beaucoup ces nombres pendant les deux jours suivants.

La vessie renferme toujours au moment de la naissance une certaine quantité d'urine qui peut être expulsée assez rapidement. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'enfant uriner pendant qu'on lui fait sa première toilette. Cette miction est de 6 à 12 grammes. Dans les heures suivantes, la somme des urines est en rapport direct avec la quantité de liquide ingéré. D'abord faible, tant que la sécrétion laiteuse n'est pas franchement établie, elle ne tarde pas à atteindre un chiffre considérable. Ainsi la perte éprouvée par cet émonctoire s'élève graduellement de 35 à 70 et même 425 grammes, comme l'a souvent observé Bouchaud.

Une autre source de pertes vient de la respiration et de la transpiration; à force de beaucoup de soins, Bouchaud a essayé de la fixer à 100 grammes pour les deux (respiration, 45 grammes; transpiration, 55 grammes). La détermination réelle de cette perte semble très difficile à établir; quoi qu'il en soit, on peut résumer dans le tableau suivant la perte de l'enfant en vingt-quatre

heures (au cinquième jour), en regard de la quantité de lait pris.

PERTE QUOTIDIENNE		LAIT PRIS
Urines	360 gr.	
Fèces.	80 »	
Respiration.	45 »	560 gr.
Transpiration.	55 »	
Accroissement du corps. .	20 »	
Total . . .	560 gr.	560 gr.

Ces chiffres ne sont pas si hypothétiques qu'on pourrait le croire; l'expérience a en effet démontré qu'au-dessous de 400 grammes de lait absorbé l'enfant dépérit; avec 400 grammes il reste stationnaire; or, dans les premiers jours qui suivent la naissance, le nouveau-né absorbe moins de 400 gr. de lait.

Nous ne faisons que mentionner l'opinion de MM. Odier et Blache fils; selon eux, les causes qui agissent le plus souvent pour produire la diminution de poids sont l'abus de l'eau sucrée qui remplace le colostrum et retarde l'expulsion du méconium ainsi que l'établissement des fonctions du nouveau-né et surtout la façon irrégulière de diriger la lactation.

Pour expliquer les différences qui se manifestent chez les enfants, dans la baisse des premiers jours, peut-être, est-il permis d'invoquer l'influence qu'exerce sur eux soit la ligature tardive du cordon, soit la ligature immédiate.

En effet, Hofmeer, Zweifel, Ribemont, Gerbaud, Pugliati, ont constaté que les enfants, pendant les jours qui suivent la naissance, ont perdu beaucoup moins de leur

poids après la ligature tardive qu'après la ligature immédiate.

Schücking, Hofmeier, Ribemont, Gerbaud, Pugliati ont vu en outre que dans les cas de ligature tardive les enfants se mettaient plus vite à augmenter et parvenaient beaucoup plus rapidement à dépasser leur poids initial, c'est-à-dire le poids qu'ils avaient au moment de la naissance.

M. Ribemont a vu que si on fait la ligature tardive, les enfants ne diminuent de poids que pendant deux jours après la naissance, et cette diminution est égale en moyenne à 182 grammes. Ceux à qui, au contraire, on a fait la ligature immédiate, diminuent pendant trois jours, et cette diminution est plus considérable ; elle est égale en moyenne à 313 grammes.

Si on prend maintenant les enfants dix jours après leur naissance, on voit que ceux à qui la ligature tardive a été faite pèsent 100 grammes de plus que le premier jour ; tandis que ceux chez lesquels on a pratiqué la ligature immédiate ont un poids inférieur de 50 grammes au poids initial ; ce qui fait donc une différence de 150 grammes en faveur des enfants chez lesquels on a fait la ligature tardive.

Gerbaud a constaté de plus que les fonctions digestives s'opèrent mieux dans les cas de ligature tardive. Le méconium est expulsé plus vite. Les évacuations se font plus régulièrement. Cette opération se fait en moyenne dans l'espace de deux jours et demi pour les enfants à ligature tardive, tandis que les autres prennent quatre jours en moyenne.

L'exfoliation épidermique se produit plus vite dans les cas de ligature tardive, elle s'opère plus rapidement. « Tous ces faits montrent bien, dit Gerbaud, un surcroît d'activité fonctionnelle chez les enfants qui ont bénéficié de tout leur sang. »

DES VARIATIONS DE POIDS D'ORIGINE PATHOLOGIQUE

Le nouveau-né, après avoir perdu de son poids pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance, augmente de poids et cette augmentation doit se poursuivre régulièrement, lorsqu'il est placé dans de bonnes conditions et qu'il est en parfaite santé ; mais, si une affection, si bénigne qu'elle soit, si un simple trouble existe chez la mère ou l'enfant, la nutrition nese fait plus comme à l'état normal, la courbe de l'accroissement devient irrégulière, l'enfant diminue et cette diminution durera tant qu'on n'aura pas fait disparaître la cause du mal. Au lieu de voir le poids initial repris en général dans les sept premiers jours, il le sera alors plus tard et à une époque plus ou moins éloignée, suivant que l'affection aura été grave ou bénigne, que le mal aura été ou non conjuré. Sous l'influence de ces états pathologiques, l'enfant qui augmentait dans de justes proportions, qui avait même déjà repris son poids de naissance, diminue tout à coup et présente un poids inférieur à celui des jours précédents. Les causes qui peuvent amener de telles variations de poids chez les nouveau-nés, existent soit chez l'enfant lui-même, soit chez la mère. Nathalis Guillot avait très bien vu l'influence que la maladie pouvait avoir sur la régularité de l'accroissement de l'enfant. Von Siebold, et le professeur Malgaigne ont entièrement confirmé ses résultats.

C'est surtout lorsque le nourrisson est malade d'une affection qui gêne la déglutition, qu'on voit la courbe de son poids représentée par une courbe descendante. Ainsi, nous citerons les malformations congénitales de la bouche, le muguet, probablement à cause de la douleur produite pendant les mouvements de succion ; le coryza : dans cette dernière affection, l'enfant ne respirant plus par le nez, tête très difficilement, il est alors nécessaire de parer aux accidents qui résulteraient du défaut d'alimentation.

Les troubles gastro-intestinaux se traduisent toujours par une perte de poids. C'est ainsi que le petit Ph. Pang..., qui pesait à sa naissance 2950 grammes, avait le sixième jour un poids de 2990 grammes ; le septième jour, il est pris de diarrhée et de vomissements, son poids tombe à 2.820 grammes ; il perd donc 170 grammes en vingt-quatre heures. Le huitième jour, son poids diminue encore de 40 grammes ; le neuvième de 50 grammes et le dixième jour, n'ayant plus de diarrhée, il augmente de 20 grammes.

Un autre enfant, né avant terme, Louis R..., pesait 1.800 grammes en venant au monde. Le cinquième jour, il avait un poids de 1460 grammes ; le sixième jour, il a de la diarrhée, il diminue de 50 grammes. Le dixième jour, la diarrhée persistant, son poids était tombé à 1.360 grammes, c'est-à-dire il avait perdu 100 grammes depuis le cinquième jour. Cette diarrhée a toujours continué, malgré les moyens employés et l'enfant est mort le douzième jour.

La nommée Julienne Puch..., âgée de 26 ans, accou-

che le 11 avril 1892 d'un garçon à terme, du poids de 1.820 grammes; le huitième jour, l'enfant pesait 1.570 grammes; le 20 avril, c'est-à-dire le lendemain, il vomit du sang et il a du méloena; son poids tombe à 1.540 grammes, perdant ainsi 30 grammes dans les vingt-quatre heures.

Les convulsions peuvent aussi amener une diminution de poids. Le petit Marcel R..., pesait le premier janvier 2850 grammes; le troisième jour il commençait à augmenter, le 6 janvier, c'est-à-dire le cinquième jour il est pris de convulsions généralisées. Son poids tombe à 2.600 grammes, puis les jours suivants à 2.550 grammes, à 2.510 grammes. On lui fait prendre des bains prolongés, on lui donne du bromure de potassium: il cesse alors de perdre du poids et il augmente rapidement.

Toute hémorrhagie survenant chez le nouveau-né détermine un arrêt de développement, un retard dans l'accroissement. C'est ainsi que l'enfant de la femme Ant... Marie, qui avait le 15 avril un poids de 3.360 grammes, présenta le lendemain une perte de poids de 60 grammes. Il avait eu une légère hémorrhagie par le nez et par la bouche. On constata de plus une hémorrhagie ombilicale assez abondante. On applique une solution d'antipyrine sur la cicatrice ombilicale. L'hémorrhagie s'étant renouvelée, on applique 4 pinces à forci-pression. L'hémorrhagie s'arrête, l'enfant augmente le lendemain de 30 grammes.

Lucie Barb..., pesait à sa naissance 3.500 grammes; le sixième jour elle avait un poids de 3.430 grammes; le septième jour, au moment du change, on s'aperçoit

que tous les vêtements de l'enfant étaient imprégnés de sang, provenant d'une hémorrhagie ombilicale. Trois points de suture sont posés par le chef de Clinique, l'hémorrhagie est arrêtée, et l'enfant présente ensuite une augmentation de 10 grammes; puis de 40 grammes.

Le moindre érythème, l'application même d'un vésicatoire, la vaccine se traduisent toujours par une perte de poids. Il en est de même de toutes les affections du premier âge, elles se traduisent toujours par un ralentissement dans l'accroissement et partant par une diminution de poids.

La petite Berthe M... pesait en venant au monde 3.530 grammes. Elle est vaccinée deux jours après; de 3.300 grammes son poids tombe à 3.250 grammes, perdant ainsi 50 grammes; c'est que les ganglions de l'aisselle étaient engorgés; il y avait sur tout le corps une éruption de boutons dont l'extrémité était aplatie; de plus, au niveau du genou droit, il existait un furoncle qui s'est ouvert spontanément et qui a donné issue à une quantité assez considérable de pus.

Si des indispositions aussi bénignes que celles que nous venons de signaler, peuvent imprimer des oscillations aussi considérables à la courbe d'accroissement d'un enfant, on peut voir quelles proportions atteindrait la perte de poids sous l'influence d'une maladie grave, telle qu'une variole ou une pneumonie.

On voit encore des diminutions de poids survenir quand il existe du côté de la mère un état pathologique.

Les gerçures et les crevasses des seins sont des lésions fréquentes et il est rare que l'enfant ne dépérisse pas. Si

le lait est abondant et si la mère donne le sein en dépit des douleurs, le nourrisson se conserve et n'éprouve aucun accident; comme le plus souvent, même quand ces souffrances sont modérées, la mère ne donne le sein que rarement et peu longtemps, l'enfant a des selles vertes comme ceux qui ne prennent pas suffisamment et il perd de son poids. Mais il n'en est plus ainsi quand les douleurs sont vives, elles sont parfois si violentes que l'allaitement est impossible,

OBSERVATION XIV (*personnelle*).

La nommée Th... primipare, accouche le 19 février 1892, à 8 mois et demi, d'une fille pesant 2,380 grammes.

Le premier jour l'enfant pèse 2,250 grammes, il perd 130 gr.

Le deuxième jour 2,230 gr. 20 gr.

Le troisième jour 2,250 gr. il augmente de 20 gr.

Le quatrième jour 2,280 gr. de 30 gr.

Le cinquième jour 2,300 gr. de 20 gr.

Le sixième jour 2,340 gr. de 40 gr.

Le septième jour 2,400 gr. de 60 gr.

Le huitième jour 2,360 gr. il perd 40 gr.

Le neuvième jour 2,400 gr. il augmente de 40 gr.

Le dixième jour 2,360 gr. il perd 40 gr.

Le huitième jour, on examine les seins de la mère et on y constate des gerçures.

OBSERVATION XV (*personnelle*).

La femme Benet., âgée de 30 ans, accouche le 22 avril 1892, d'une fille à terme, du poids de 3,200 grammes.

Le premier jour l'enfant pèse 2,950 grammes, il perd 250 gr.

Le deuxième jour 2,870 gr. 80 gr.

Le troisième jour 2,950 gr. il augmente de 80 gr.

Le quatrième jour	3,000 gr. il augmente de 50 gr.
Le cinquième jour	2,950 gr. il perd 50 gr.
Le sixième jour	3,950 gr. il reste stationnaire
Le septième jour	2,850 gr. il perd 100 gr.

Le cinquième jour, la mère présenta des crevasses aux seins qui durèrent trois jours.

Toute élévation de température survenant chez la mère, aura un retentissement fâcheux sur l'enfant. La nommée Amélie Dev..., accoucha le 28 février 1892 d'une fille à terme, du poids de 2,520 grammes. Elle eut le 1^{er} mars une température de 38° ; le poids de son enfant qui était la veille de 2,200 grammes, tomba à 2,170 grammes ; par conséquent il perdit 30 grammes dans les vingt-quatre heures.

La nommée Antonia M..., était accouchée le 30 avril 1892. Elle eut le 5 mai, une élévation de température à 38°2. Le poids de son enfant tomba de 3,920 grammes à 3,900 grammes : il y eut donc diminution de 20 grammes.

Toutes les fois qu'une maladie aiguë survient chez la mère, bronchite, pleurésie, pneumonie, septicémie, etc., on peut voir l'enfant diminuer de poids. En effet, la quantité de lait devient moindre dans ces circonstances et le lait n'a pas les mêmes qualités nutritives.

Quand la mère est prise de malaise, de céphalagie, de diarrhée, tout aussitôt l'enfant dépérit.

Les affections morales peuvent agir sur la sécrétion lactée, diminuer la quantité du lait et par suite agir indirectement sur le nouveau-né qui manifestera son état de souffrance momentanément par de la diarrhée, des vomissements et par une courbe descendante. On trouve

relatés partout, des faits tendant à démontrer la funeste influence qu'exercent sur la quantité et la qualité du lait, la frayeur, la colère, les attaques nerveuses, mais on ignore complètement la nature, le genre d'altérations que subit cette sécrétion en pareilles circonstances, altérations parfois assez fortes pour amener la mort immédiate du nourrisson, comme on en cite plusieurs exemples. Il en est des glandes mammaires comme de la glande lacrymale et de quelques autres organes glandulaires placés à la surface du corps ; leur fonction sécrétante se rattache intimement à l'énergie de la vie morale et elle subit très-facilement l'influence des passions.

Quand la mère éprouve de violentes impressions morales, l'enfant qu'elle nourrit, est agité, mal à son aise, il est quelquefois pris de convulsions et on constate une diminution de poids sur le tracé où sont relevées les pesées quotidiennes. Parmentier et Deyeux rapportent que chez une femme en proie à des attaques de nerfs, le lait devenait en moins de deux heures presque transparent et de plus visqueux comme du blanc d'œuf et ne reprenait ses qualités naturelles qu'après la cessation des accès (1). On sait aussi que la vue du nourrisson, l'idée de le voir au sein, la joie qui en résulte pour certaines mères, exercent sur la sécrétion du lait une influence morale tout à fait indépendante de leur volonté. Elles sentent monter le lait dès qu'elles revoient leurs enfants ou si elles y pensent trop vivement.

Il arrive souvent que la mère n'a aucun soin de son

(1) *Annales de la littérature médicale britannique.*

enfant, et parfois lui refuse le sein. Son bébé dépérit, et si on gronde la mère, si on la met à la diète, si on surveille le petit être et qu'une élève le fasse têter, le lendemain les gardes robes ont changé de nature, le poids a augmenté. Ce simple aperçu suffit pour donner une idée du danger qu'il y a à laisser un enfant près de sa mère, quand celle-ci a répudié les sentiments les plus sacrés de la nature. Là encore on pourrait voir l'influence du moral sur la sécrétion laiteuse, car il est probable que non seulement la mère donne le sein moins souvent, mais que le lait est encore sécrété moins abondamment. Et il pourrait bien se faire quelquefois que si une nourrice allaite mieux son propre enfant que celui d'un étranger, c'est qu'elle éprouve pour ce dernier une affection bien moins vive.

Il se peut encore qu'une mère ait beaucoup de lait au début et son enfant s'accroît notablement, mais bientôt elle devient une nourrice insuffisante et le nouveau-né reste stationnaire, puis diminue.

La nommée Laurence L..., primipare, allaitait son enfant qui pesait au début 2.040 grammes. Le troisième jour, son poids était de 1.900 grammes et le quatrième jour il était tombé à 1.850 grammes, on examine les seins de la mère; on pèse l'enfant avant et après chaque tétée et on constate que le lait est en quantité insuffisante. On donne alors au nouveau-né en même temps du lait stérilisé, et le lendemain il augmente de 80 grammes : depuis il a toujours augmenté très régulièrement.

La nommée Marie Th..., primipare, nourrissait son enfant; le poids initial de celui-ci était de 3.410 grammes. Le neuvième jour, l'enfant ne pesait que 2.930 grammes;

on reconnut que la mère n'avait pas assez de lait ; on mit l'enfant en nourrice et à partir de ce moment il augmenta de poids.

Parfois aussi la mère a du lait, mais ce lait ne semble pas de bonne qualité, il n'est pas toléré. Dans certaines circonstances, c'est l'excès de lait qui rend l'enfant souffrant.

A toutes ces causes, on pourrait en ajouter un grand nombre d'autres ; mais dès ce moment, on peut soupçonner que chacune d'elles peut conduire par degrés insensibles au terme extrême de la maigreur où la vie n'est plus possible, que la marche croissante de l'enfant doit être variable, étant soumise à un si grand nombre d'influences, et qu'elle peut osciller pour le degré entre l'état stationnaire et l'émaciation extrême, pour la durée entre quelques heures et des mois entiers.

DES DÉDUCTIONS QU'ON PEUT TIRER DE CES CONSTATATIONS
ET IMPORTANCE DES PESÉES.

Ces variations de poids physiologiques sont très importantes à connaître : on sait, en effet, qu'un enfant né dans de bonnes conditions et bien portant, doit généralement dans les sept premiers jours regagner son poids initial et augmenter régulièrement à partir de ce moment de 20 à 25 grammes en moyenne par jour. Si la perte de poids dure plus longtemps qu'à l'ordinaire, si l'augmentation quotidienne n'est pas assez élevée, on devra aussitôt rechercher quelles sont les causes de ce retard dans l'accroissement et c'est du côté de la mère aussi bien que du côté de l'enfant que l'on dirigera ses recherches. Alors, on examinera les gardes robes du nouveau-né, comment s'opère la succion et la déglutition, en un mot tout son petit organisme. Si, rien chez lui ne permet de découvrir un état pathologique, on s'adressera à la mère ; on examinera ses seins, on recherchera quelle est la quantité de lait prise à chaque tétée et quelle en est la qualité ; on prendra sa température avec soin et on s'informera si quelque chose d'anormal est venu troubler sa santé. De cette façon, on pourra le plus souvent découvrir d'où vient le mal et on pourra y remédier. Si un enfant, chaque jour, a un poids inférieur à celui de la veille, si malgré les moyens employés, cet état persiste, on sera auto-

risé à porter un pronostic des plus graves, car cette baisse est l'indice d'une affection quelconque.

C'est ainsi que le petit M..., né à terme, avait à sa naissance un poids de 3.060 grammes ; le lendemain il pesait 2.950 grammes ; le deuxième jour, 2.870 grammes ; le troisième, 2,650 grammes ; le quatrième, jour, 2.260 grammes ; perdant ainsi dans l'espace de quatre jours, 800 grammes. L'enfant avait une imperforation du rectum ; l'opération fut faite, mais le cinquième jour, l'enfant mourait.

On dit souvent qu'on peut avec l'habitude apprécier à la simple inspection si un nouveau-né continue à être bien portant ou s'il souffre. Evidemment l'aspect général du bébé, la fermeté de ses tissus, l'état de ses sutures et de ses fontanelles peuvent fournir quelques indications, mais il arrivera souvent qu'en agissant ainsi, on s'exposera à bien des mécomptes. La physionomie de l'enfant pourra très bien ne pas déceler l'état de souffrance dans lequel se trouve son organisme, surtout au début d'une maladie ; si on l'a pesé au contraire, on trouvera toujours une diminution de poids ; les jours suivants, en le pesant encore, on verra si cette diminution de poids a persisté : c'est alors qu'on en recherchera la cause. Il faut donc peser les enfants. La balance permettra de dire si une mère qui a des doutes sur ses capacités, peut continuer ou non à allaiter son enfant. La mère qui vient d'accoucher a-t-elle assez de lait ? C'est une question qui se pose souvent. On met l'enfant au sein et on voit, grâce aux pesées, ce qu'il devient. Si la courbe est normale, régulière, c'est qu'il trouve dans les mamelles, une quan-

tité suffisante d'aliments. Parfois la mère qui nourrit son bébé se demande avec anxiété si elle a toujours assez de lait ; la balance permettra de calmer ses inquiétudes ; si, en effet, on constate que l'enfant continue à augmenter régulièrement de poids, on aura la preuve que la mère est une bonne nourrice. Lors donc que la pesée ne servirait qu'à faire connaître les pertes successives, subies par le corps d'un enfant, elle aurait un degré d'utilité capable d'instruire le physiologiste et le médecin.

L'enfant sera pesé immédiatement après sa naissance, une fois essuyé ; il sera placé sur la balance, nu dans un linge pesé à l'avance, ou bien habillé dans ses vêtements (également pesés à l'avance) dont on défalque le poids après la pesée. Autant que possible, on empêchera l'enfant de crier ou de pleurer, car l'agitation qu'il se donne, amène des oscillations de la balance et des erreurs d'observation. On répètera la pesée tous les jours à la même heure pendant la première semaine et on choisira l'heure qui sera la plus éloignée de la dernière tétée, c'est-à-dire celle où l'estomac et les intestins sont à peu près vides. On inscrira sur un tableau spécial les résultats des différentes pesées, afin de pouvoir suivre facilement l'accroissement de l'enfant ; vu que ce n'est pas le poids actuel qui doit être pris en considération, mais la série des poids, pris successivement qui représente son accroissement.

Le professeur Nathalis Guillot, s'appuyant sur un grand nombre de pesées, dit que lorsqu'on voit le poids de l'enfant diminuer à chaque pesée, on peut en prévoir la mort. « A quelque point de vue que l'on se place pour

apprécier l'enfant sain ou malade, des détails intéressants se révèlent en grand nombre, mais peut-être en considérant les choses aussi matériellement que je le fais, trouvera-t-on plus encore que par un autre procédé d'investigation, des aperçus curieux à examiner, à analyser. Les observations que je possède, me conduisent déjà à affirmer que parmi les moyens d'appréciation de l'état de santé ou de maladie de l'enfant, des pertes ou de l'accroissement de l'individu, nul n'est aussi strictement exact que celui que je vous sou mets. »

Employée de la sorte, la balance est donc un instrument très pratique, appelé à rendre de grands services à tous ceux qui s'occupent de la pathologie de l'enfance, car l'augmentation de l'organisme se traduisant par l'augmentation progressive de son poids, la connaissance du poids du corps est la meilleure indication de l'état de vigueur de l'enfant et de la manière dont les fonctions de nutrition s'exécutent.

Le Dr Bouchaud, dans sa thèse de doctorat, s'exprime ainsi, relativement aux pesées : « Quel autre moyen de se convaincre qu'un enfant mis en nourrice et éloigné est en bonne voie ? Et quoi de plus simple que de le peser régulièrement. Si l'œil du médecin est indispensable quand il s'agit de maladies, la balance dans les cas de simple insuffisance alimentaire, est assurément le meilleur juge. Ce serait aussi le plus efficace remède à apporter à la négligence des nourrices dont le défaut de soins se trouverait ainsi manifestement dévoilé ».

En 1868, M. le Dr Odier, présente à la Faculté de médecine, un travail portant pour titre : « Recherches sur

la loi d'accroissement des nouveau-nés, constaté par le système des pesées régulières et sur les conditions d'un bon allaitement » et il dit : « Quel avantage pour un médecin appelé près d'une mère qui, n'ayant pas assez de lait, croit pouvoir nourrir son enfant, que de lui démontrer à l'aide d'un moyen pour ainsi dire mathématique, l'insuffisance de l'alimentation prouvée par une diminution de poids. Souvent aussi, la balance l'avertira d'un état de souffrance, bien avant que les signes aient donné l'éveil d'aucun trouble. Enfin, lorsque le chirurgien se trouve appelé soit à pratiquer une opération plus ou moins grave, soit à parer à un vice de conformation, quelle ressource ne trouvera-t-il pas dans la pesée journalière, lui montrant que l'enfant se trouve dans une période d'accroissement réel qui sera une bonne indication pour opérer, tandis que si l'enfant se trouve dans une période de décroissance, il en résultera une contre-indication formelle pour tenter une opération immédiate, puis une fois l'opération pratiquée, il pourra grâce à la balance se faire une idée juste de l'état général ».

M. le Dr Hervieux (1), dans le cours qu'il faisait à la Maternité de Paris, aux élèves sages-femmes, citait les expériences de Nathalis Guillot, auxquelles il avait assisté et disait que le meilleur moyen de reconnaître la bonté d'une nourrice, était le pesage journalier du nourrisson.

A. Donné (2), dans un livre très estimé sur l'allaitement, déclare qu'« on éprouve souvent une sorte d'embarras à se rendre compte du degré de développement

1. Hervieu, Leçons orales à la Maternité de Paris, 1862.

2. Donné, Conseils aux familles, 1864.

que prend l'enfant et à s'assurer s'il profite réellement comme il devrait le faire ; les progrès de l'accroissement sont difficilement saisis par les parents qui ont constamment les enfants sous les yeux. Il y a un moyen bien simple de constater pourtant ce progrès, c'est de peser les enfants ».

La balance rendra donc des services considérables pour surveiller l'allaitement et nous ne pouvons mieux faire en terminant que de citer la phrase de MM. Tarnier et Chantreuil : « La méthode des pesées est excellente à tous les égards et on ne saurait trop la recommander à tous les médecins, à toutes les sages-femmes et à toutes les mères de famille », ainsi que celle du Dr Winckel, qui déclare en parlant des pesées, qu'elles seront « le meilleur baromètre de la santé du nourrisson ».

CONCLUSIONS

1° Les nouveau-nés à terme, ont après la naissance une perte de poids, qui persiste le plus souvent deux jours, quelquefois trois; cette perte est d'environ 150 à 200 grammes; la perte du premier jour est presque toujours plus forte que celle des jours suivants; elle est en moyenne de 100 à 120 grammes pour le premier jour.

2° Il y a des nouveau-nés qui ne perdent pas et qui se mettent à croître dès le lendemain de leur naissance. Ces cas sont observés lorsque pendant le travail de l'accouchement, le fœtus a uriné et rendu tout son méconium et lorsqu'il est immédiatement alimenté par une nourrice ou par sa mère multipare qui a en abondance du lait dans les seins.

3° Les enfants augmentent de poids ordinairement à partir du troisième jour, et ils reprennent leur poids initial, par ordre de fréquence, le cinquième jour, puis le septième jour.

4° Les gros enfants regagnent leur poids initial moins vite que les autres.

5° L'augmentation de poids, que les nouveau-nés présentent au dixième jour, est variable; elle est d'autant plus élevée que le poids initial a été repris plus vite.

6° Les enfants doivent augmenter en moyenne de 20 à 30 grammes par jour, pour qu'ils soient considérés

comme étant en bonne santé ; cependant, il peut y avoir des exceptions.

7° Les enfants nés à huit mois et demi, diminuent le plus souvent pendant deux jours ; cette perte semble supérieure à 200 grammes. Ils doivent reprendre leur poids initial dans les dix premiers jours qui suivent la naissance, et en général, ils le reprennent vers le sixième jour ; par conséquent un peu plus tard que les enfants nés à terme.

8° La majorité des enfants nés à huit mois perd pendant trois jours ; cette perte dépasse 200 grammes. Il est très rare de les voir recouvrer leur poids initial dans les dix premiers jours.

9° Les enfants nés à sept mois et demi ont une diminution de poids qui dure plus de trois jours ; la plupart n'ont pas atteint au dixième jour leur poids primitif.

10° Les enfants nés à sept mois ont en général une baisse qui persiste pendant quatre jours. Aucun ne reprend son poids initial dans les dix premiers jours.

11° Les filles perdent moins que les garçons : les premières perdent en moyenne de 150 à 200 grammes ; les seconds, au contraire, ont une perte de poids supérieure à 200 grammes. Les filles reviennent plus vite à leur poids de naissance ; c'est vers le cinquième jour qu'elles l'atteignent ; les garçons ne le reprennent ordinairement que vers le septième jour.

12° Les enfants de multipares perdent moins que les enfants de primipares ; pour les premiers, la perte est en moyenne de 150 à 200 grammes ; pour les seconds, au-dessus de 200 grammes. Les premiers atteignent leur

poids initial vers le cinquième jour ; les seconds vers le septième jour.

13° Les enfants de femmes albuminuriques perdent en moyenne de 100 à 200 grammes ; on reconnaîtra pourtant qu'un nombre égal perd au-dessus de 200 grammes. L'accroissement a lieu chez ces enfants moins rapidement que chez ceux qui sont nés dans de très bonnes conditions ; de plus, cet accroissement est irrégulier, en ce sens que les enfants, après avoir augmenté de poids, restent stationnaires ou diminuent pendant quelque temps ; aussi, au dixième jour, un grand nombre ont un poids inférieur à celui de leur naissance.

14° L'enfant perd de son poids sous l'influence de l'évacuation du méconium et de l'urine, ainsi que par les éliminations qui se font par la peau et les poumons, pertes que ne répare pas une alimentation encore peu abondante.

15° Tout état pathologique existant chez le nouveau-né ou chez la mère, amène une diminution de poids. Chez les enfants, ce sont surtout les affections qui gênent la succion et la déglutition, les troubles gastro-intestinaux, les hémorrhagies ombilicales, qui sont les causes les plus fréquentes de cette perte de poids. Chez la mère, les gerçures et les crevasses des seins tiennent le premier rang ; puis viennent les diverses modifications de la sécrétion laiteuse, modifications qui déterminent une diminution de la quantité de lait et qui en altèrent la qualité.

16° La physionomie du nouveau-né pourra très bien ne pas déceler l'état de souffrance dans lequel se trouve son organisme, surtout au début d'une maladie ; si on l'a pesé,

on constatera toujours une diminution de poids; diminution qui ira continuellement en s'accroissant et qui permettra au médecin de combattre cette affection, bien avant l'apparition des signes certains: il faut donc peser les enfants.

VU :

Le Président de la thèse,
PINARD.

VU :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Quetelet. — Essai sur l'homme et sur le développement de ses facultés.

Nathalis Guillot. — Mémoires inédits.

Union médicale. — 1852.

Steiner. — Compendium des maladies des enfants, traduit de l'allemand par Karaval en 1880.

Burdach. — Physiologie, t. IV.

Odier. — Thèse de 1868.

Odier et Blache. — Quelques considérations sur les causes et la mortalité des nouveau-nés et sur les moyens d'y remédier (Académie de médecine 1866 et Société de biologie 1867).

Proust. — Traité d'hygiène.

Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchements.

Bouchaud. — Thèse de Paris 1864.

Von Siebold. — Sur les rapports entre les poids et la longueur des nouveau-nés. In Revue mensuelle d'accouchements (Berlin, 1860, t. XV).

Haake. — Sur les changements des poids des nouveau-nés. In revue mensuelle d'accouchements (Berlin, 1862).

Winckel. — Recherches sur le poids des nouveau-nés. In revue mensuelle d'accouchements (Berlin 1862, t. XIX).

Duncan. — Sur le poids et le volume des nouveau-nés, comparés à l'âge de la mère. In Journal de médecine d'Edimbourg (1867).

Breslau. — Sur les changements du poids des nouveau-nés. Mémoires de la société médico-chirurgicale de Zurich, 1860.

Kermaszki. — Des changements de poids observés chez les nouveau-nés à terme. In Arch. für Gynækologie. Berlin, 1873.

Bouchut. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés.

Bouchut. — Hygiène de la première enfance.

Malgaigne. — Traité d'anatomie chirurgicale.

Lauro de Franco. — Thèse de Paris, 1874.

P. Segond. — Annales de gynécologie, 1874.

Budin. — Leçons de clinique obstétricale.

Forsy. — Thèse de Paris, 1873.

Quinquaud. — Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et le nouveau-né. Thèse de Paris, 1872.

Gregory. — Otrch. für gynœkologie, 1871.

